DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
División de Licenciamiento de Médicos y Profesionales de la Salud
Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica

SOLICITUD DE REGISTRO DE MÉDICOS

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1. Número de Seguro Social: _ _
2. Licencia de Médico
3. Fecha de Nacimiento AAAA MM DD
4. Género ❑ Masculino ❑ Femenino
5. Estado civil

6. Nombre de Nacimiento

Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre | Inicial

7. ¿Alguna vez ha cambiado su nombre por causa de matrimonio o caso legal? ❑ Sí ❑ No

8. Si la respuesta anterior fue sí, indique su nombre actual.

Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre | Inicial

9. Lugar de Nacimiento

10. ¿Es usted ciudadano Americano? ❑ Sí ❑ No

Ciudad o Pueblo | Estado o País

11. Número de Visa o Certificación de Naturalización:

12. Dirección Física

Barrio o Urbanización

Calle y Número o Apartado

Ciudad o Pueblo | Estado País | Zip Code

13. Dirección Postal

Barrio o Urbanización

Calle y Número o Apartado

Ciudad o Pueblo | Estado País | Zip Code

14. Email

15. Teléfono Celular

16. Teléfono Residencial

17. Tipo de licencia

18. Fecha de expedición de su licencia

II. PREPARACIÓN ACADÉMICA

19. Año de graduación: _____

20. Grado más alto que posee: _____

21. Institución donde se graduó de su profesión

	Ciudad o Estado	Institución

22. Indique la especialidad e institución en la que se graduó.

A. Especialidad:
Institución donde terminó especialidad: _____

Ciudad o Pueblo _____ Estado o País _____

Año que fue certificada por la JLDM _____

Horas de práctica dedicadas _____

23. Indique la sub-especialidad e institución en la que se graduó.

A. Sub-especialidad:
Institución donde terminó sub-especialidad: _____

Ciudad o Pueblo _____ Estado o País _____

Año que fue certificada por la JLDM _____

Horas de práctica dedicadas _____

B. Sub-especialidad:
Institución donde terminó sub-especialidad: _____

Ciudad o Pueblo _____ Estado o País _____

Año que fue certificada por la JLDM _____

Horas de práctica dedicadas _____

III. ESTADO DE EMPLEO EN LA PROFESIÓN

24. ¿Está usted al presente trabajando **(Activo)** en su profesión o desempeñándose por una o más horas a la semana en actividades relacionadas (enseñanza, administración investigación, etc.)? (Marque con una X)

- ❑ 01. Sí, activo en la profesión en Puerto Rico.
- ❑ 02. Sí, activo en la profesión fuera de Puerto Rico.
- ❑ 03. No, inactivo al presente.

25. Si al presente **no está trabajando en la profesión,** seleccione la alternativa que mejor describe su estado de empleo.

- ❑ 01. trabajando en otro campo, pero buscando trabajo en mi profesión.
- ❑ 02. trabajando en otro campo, pero no buscando trabajo en mi profesión.
- ❑ 03. Desempleado, pero buscando trabajo en mi profesión.
- ❑ 04. Desempleado, pero buscando trabajo en otro campo.
- ❑ 08. Estudiando o en adiestramiento en la misma profesión a tiempo completo. Indique: _____
- ❑ 09. Estudiando o en adiestramiento en la misma profesión a tiempo parcial. Indique: _____
- ❑ 10. Estudiando o en adiestramiento para otra profesión a tiempo completo. Indique: _____
- ❑ 11. Estudiando o en adiestramiento para otra profesión a tiempo parcial. Indique: _____

- ❑ 05. Desempleado, pero no buscando trabajo
- ❑ 06. Retirado o incapacitado
- ❑ 07. Ama de casa.
- ❑ 12. Investigación.
- ❑ 13. Otro

si contesto alternativas 8, 9, 10 u 11, indique el año en que espera terminar.

IV. INFORMACIÓN GENERAL

26. a. ¿Ha practicado su profesión ilegalmente en Puerto Rico o en algún otro estado o país? ❑ Sí ❑ No

País Ciudad

27. ¿Ha sido acusado(a) o convicto(a) de algún crimen o delito grave o menos grave en Puerto Rico o en algún estado o país? ❑ Sí ❑ No

País Ciudad

28. ¿Ha estado usted bajo tratamiento médico por haber dependido o utilizado drogas o alcohol en Puerto Rico o en algún otro estado o país? ❑ Sí ❑ No

País Ciudad

29. ¿Ha sido acusado(a), convicto(a) o declarado culpable (alegación de culpabilidad) por ejercer ilegalmente su profesión o alguna especialidad o profesión no certificada por las Juntas, en Puerto Rico o en algún estado o país? ❑ Sí ❑ No

País Ciudad

30. ¿Ha sido usted arrestado, acusado, encarcelado o colocado en probatoria por cualquier caso radicado en su contra por cualquier violación de ley, reglamento u ordenanza en Puerto Rico o en algún estado o país?

❑ Sí ❑ No

País Ciudad

31. ¿Posee usted otra licencia en algún otro estado o país? ❑ Sí ❑ No

País Ciudad

32. ¿Ha sido su licencia restringida, limitada, condicionada, sancionada, suspendida, cancelada o revocada en Puerto Rico o en algún estado o país? ❑ Sí ❑ No

País Ciudad

33. ¿Utiliza usted habitualmente sustancias controladas, alcohol o padece de alguna enfermedad mental?
❑ Sí ❑ No

34. ¿Se ha anunciado o practicado como especialista o sub-especialista sin estar debidamente certificado por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica para así hacerlo? ❑ Sí ❑ No

35. ¿Ha sido su licencia de narcóticos denegada, suspendida, cancelada, revocada, entregada o puesta en probatoria en Puerto Rico o en algún estado o país? ❑ Sí ❑ No

País Ciudad

36. ¿Está usted en disposición y le interesaría ofrecer servicios comunitarios relacionados con su profesión?
❑ Sí ❑ No

37. En caso de una emergencia desea ser voluntario de salud pública? ❑ Sí ❑ No

V. EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA

La Ley establece que el Médico-Cirujano se re-certificará cada tres años, siempre al vencimiento de su re certificación vigente, y a base de educación médica continua. Para la re certificación se requieren sesenta (60) horas de educación en un periodo de tres (3) años.

VI. CERTIFICACIÓN Y JURAMENTO MÉDICO

Certifico y Juro que la información que precede en esta solicitud de registro es completa, verdadera y correcta. A su vez autorizo a la JLDM a requerir que me someta a cualquier estudio mental, físico o examen de dependencia química y relevo de toda objeción a la admisibilidad de los resultados en cualquier vista frente a la JLDM.

AAAA MM DD
FECHA

Firma